



6010-195. NECESIDAD TARDÍA DE MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS TAVI. ¿ES SEGURO DEJAR DE MONITORIZAR TRAS LOS PRIMEROS DÍAS DE IMPLANTE?

Sergio Hernández Jiménez, Luisa Salido Tahoces, Paola Purita, Álvaro Marco del Castillo, María Plaza Martín, Ana Pardo Sanz, Sara Fernández Santos, José Luis Mestre Barceló, Rosa Ana Hernández Antolín y José Luis Zamorano Gómez, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Tras el implante de una prótesis aórtica transfemoral (TAVI) se ha descrito la necesidad de marcapasos (MCP) definitivo en una proporción no despreciable de pacientes, incluso más allá de los primeros días de monitorización que se suelen indicar. En este estudio se describen las características de todos los pacientes que requirieron MCP más allá de las primeras 72 horas del implante de todas las TAVI de nuestro centro.

Métodos: De 311 TAVI consecutivas implantadas desde 2010 hasta 2018, se identificaron todos los pacientes que presentaron necesidad de MCP definitivo por bloqueo auriculoventricular (BAV) más allá de las primeras 72 horas de la TAVI. Se registraron características electrocardiográficas basales de este grupo, el grado de calcificación valvular, así como la aparición de trastornos de la conducción auriculoventricular periprocedimiento (bloqueo de rama izquierda (BRI), BAV completo transitorio).

Resultados: Tras 311 TAVI, un total de 6 pacientes (1,92%) necesitaron MCP definitivo más allá de las primeras 72 horas por BAV completo o trastornos avanzados de la conducción auriculoventricular. Sus características basales aparecen recogidas en la tabla. Destaca la presencia de bloqueo de rama derecha (BRD) en 66,7% de estos enfermos. Más de la mitad de estos pacientes, presentó además algún tipo de trastorno de la conducción periprocedimiento (33,3% BRI, 33,3% BAV completo transitorio). En todos los casos, el MCP tuvo que implantarse entre el quinto y el séptimo día (mediana 6 días). Por otra parte, el único paciente sin trastornos de la conducción ni previos ni periprocedimiento que acabó necesitando MCP, se trató del único paciente con prótesis aórtica autoexpandible de la serie. Igualmente, en estos enfermos, al tratarse de una prótesis que puede continuar expandiéndose en los primeros días, pudiera comprometer más tardíamente la conducción auriculoventricular y por ello requerir mayor monitorización.

Características basales

Edad-años (media $\pm$ DE)	85 $\pm$ 3,4 años
Mujeres (n, %)	4, 66,7%

Prótesis Sapiens 3/Lotus/Symetis	4 (66,7%)/1 (16,6%)/1 (16,6%)
Bloqueo de rama derecha (n, %)	4; 66,7%
BAV completo transitorio	2; 33,3%
Bloqueo de rama izquierda asociado a TAVI (n, %)	2; 33,3%
Tiempo hasta MCP (mediana, rango intercuartílico)	6 (4-7)
Puntuación calcio media	1.692
Calcificación grave del anillo mitral (n;%)	2; 33,3%

Conclusiones: Los pacientes con BRD previo o que desarrollan trastornos de la conducción auriculoventricular durante el procedimiento son pacientes con riesgo de BAV completo tardío, suponiendo cerca de un 2% de necesidad de MCP más allá de las primeras 72 horas. Por los resultados de nuestra serie parece más seguro prolongar la monitorización en estos enfermos durante una semana.